

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1922

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Georges GOURDIN SERVENIÈRE

Externe des Hôpitaux

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

TUBERCULOSE PULMONAIRE

CHEZ LES ENFANTS

(ÉVOLUTION RAPIDE CHEZ LES FILLETES)

Président : M. BEZANÇON, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

45, rue Racine. 15

1922

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
 ASSESSEUR : G. POUCHET
 PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale	ANDRÉ BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	MARCEL LABBÉ
Pathologie médicale	RENON
Pathologie chirurgicale.	LECENE
Anatomie pathologique.	LETULLE
Histologie.	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
Clinique médicale.	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
	MARFAN
	NOBECOURT
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	DUPRÉ
Clinique des maladies des enfants.	JEANSELME
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	PIERRE MARIE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	TEISSIER
Clinique des maladies du système nerveux.	DELBET
Clinique des maladies contagieuses	GOSSET
Clinique chirurgicale	LEJARS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUÉ
Clinique d'accouchements	BAR
	COUVELAIRE
	BRINDEAU
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	AUGUSTE BROCA
Clinique thérapeutique.	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie.	SEBILÉAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	PIERRE DUVAL

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FIESSINGER	LELORIER	RETERER
BASSET	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BAUDOIN	GOUGEROT	LEQUEUX	RICHAUD
BLANCHETIERE	GREGOIRE	LEREBOULLET	ROUSSY
BRANCA	GUENIOT	LERI	ROUVIERE
CAMUS	GUILLAIN	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ(A.)
CHAMPY	GUILLEMINOT	MATHIEU	TANON
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHIRAY	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBE HENRI	MULON	VILLARET
DEBRE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DESMAREST	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

A MON FILS

A MON PÈRE

le Docteur GOURDIN SERVENIÈRE

A MA MÈRE

Au Docteur PAUL PHILIPPE

MEIS ET AMICIS

A MES PROFESSEURS DE L'ÉCOLE DE CAEN

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

M. le Professeur VAQUEZ

M. le Professeur agrégé AUVRAY

M. le Professeur agrégé BASSET

M. le Docteur P.-E. WEIL

Médecin de l'Hôpital Tenon

M. le Docteur LOUIS SAUVÉ

Chirurgien des Hôpitaux

M. le Docteur FUNCK-BRENTANO

Accoucheur des Hôpitaux

A M. le Docteur HENRI BARBIER

Médecin de l'Hôpital Hérold

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur BEZANÇON

Médecin des Hôpitaux
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur

*En remerciement pour le grand hon-
neur qu'il nous a fait de bien vouloir
accepter la présidence de notre thèse.*

AVANT-PROPOS

Pendant notre externat à l'Hôpital Hérold, nous avons eu l'occasion d'observer chez des fillettes de 10 à 15 ans quelques cas de tuberculose pulmonaire ulcéro-caséeuse, dont la rapidité et la gravité de l'évolution nous parurent inhabituelles. En effet, les formes torpides évoluant sans grande réaction de l'organisme vers l'ulcération sont les plus fréquentes à cet âge. Mais il n'en est pas toujours ainsi. Souvent même au moment de la puberté, la phtisie présente une tendance nette à prendre une allure galopante, et cela d'une façon plus marquée chez les filles que chez les garçons. De fait sur les 15 à 20 cas de tuberculose pulmonaire observés, en moyenne, chaque année à l'Hôpital Hérold, dans le service de M. le Dr Barbier, chez les fillettes de cet âge, de 1902 à 1912, 2 ou 3 présentèrent cette évolution avec terminaison fatale.

De cette statistique personnelle, il semblerait résulter que 15 0/0 des enfants, atteints de tuberculose, font une forme rapide et mortelle. De 1912 à 1921, la proportion serait encore plus forte ; il est indéniable que les années de guerre n'ont fait qu'aggraver le fléau tuberculeux. Nous n'en avons pas tenu compte ; car elles créaient des situations exceptionnellement défavorables en ce qui concernait surtout l'hygiène de l'alimentation. Par sa fréquence même, cette forme rapide de tuberculose ulcéro-caséeuse méritait donc d'être signalée. Son étude clinique fait le sujet de notre thèse ; car,

elle est, de plus, intéressante par certains côtés que nous développerons.

En effet, les antécédents personnels et héréditaires présentent quelques particularités. Le mode de début, la confusion des symptômes observés chez les malades à leur entrée à l'hôpital font que souvent il est très difficile de poser le diagnostic immédiatement. De plus l'évolution des signes physiques et des symptômes fonctionnels et généraux est spéciale. Tandis que dans la tuberculose pulmonaire chronique, la maladie a des périodes d'accalmie, là, au contraire, c'est une évolution sans arrêt, les foyers tuberculeux se multiplient, s'étendent et se chevauchent aux stades de ramollissement et d'excavation, sans que l'infection laisse aucun moment de répit à sa victime. En moins d'un an, le malade succombe à la cachexie tuberculeuse, que parfois abrège une hémoptysie foudroyante. De toute façon, les divers traitements essayés n'amènent aucune amélioration et l'issue est toujours fatale. Tous ces divers points seront traités dans la seconde partie de notre thèse. Ce sera l'étude clinique de la tuberculose pulmonaire ulcéro-caséuse à évolution rapide chez les fillettes de 10 à 15 ans.

Les observations, qui suivent, nous ont paru mériter d'être rapportées, comme preuves à l'appui de nos remarques. Nous les devons à l'obligeance de notre maître, M. le Docteur H. Barbier, qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et nous a permis d'en recueillir les éléments dans son service de l'Hôpital Hérold. Qu'il veuille bien recevoir ici l'expression de notre vive reconnaissance et nos plus respectueux remerciements.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
TUBERCULOSE PULMONAIRE
CHEZ LES ENFANTS
(ÉVOLUTION RAPIDE CHEZ LES FILLETES)

OBSERVATIONS

OBSERVATION I. — H... Marie, 14 ans, entre à l'hôpital le 27 juin 1905. Elle est amenée par sa mère, parce que, *depuis deux mois*, elle maigrit, pâlit, perd des forces. De plus, il y a trois semaines, elle a commencé à tousser et à cracher, et le 19 juin, elle a constaté dans ses crachats la présence de quelques filets de sang. Dès le début de l'amaigrissement, qui a coïncidé avec son entrée en apprentissage, la mère a repris sa fillette chez elle, la laissant au repos complet. Malgré cette précaution, aucune amélioration n'est survenue. La maladie a continué d'évoluer. L'enfant n'a jamais eu de sueurs nocturnes.

Dans les antécédents personnels, rien de spécial. Une angine diphtérique à 3 ans, terminée rapidement; à 8 ans, une légère bronchite n'ayant duré qu'une dizaine de jours. Depuis ce moment, jusqu'au début de l'affection actuelle, la jeune fille a toujours été bien portante, ne toussant jamais.

Six frères ou sœurs sont décédés. Trois sont morts en bas âge, de méningite ou de rougeole. Une sœur est morte à 15 ans de tuberculose pulmonaire, un frère à 24 ans de la même maladie.

La granulie a emporté le père il y a huit ans.

La mère est actuellement vivante et bien portante. On le voit, antécédent héréditaires chargés.

Examen à l'entrée. — Les symptômes généraux et fonctionnels pour lesquels la malade vient dans le service incitent à l'examen de l'appareil pulmonaire. Celui-ci permet de noter une densification nette du sommet droit, à laquelle se surajoute une bronchite aiguë. L'observation signale, en avant, de ce côté droit, au sommet, submatité, inspiration soufflante, expiration prolongée, râles de bronchite, sibilants et ronflants, sous-crépitants. A gauche, râles ronflants et sibilants. En arrière, à droite, matité des fosses sus-épineuses et sous-épineuses, inspiration rude et soufflante, expiration prolongée, râles sous-crépitants au sommet. A gauche submatité du sommet, râles sous-crépitants dans toute l'étendue du poumon avec prédominance au sommet.

Rien du côté des autres appareils.

Pas d'albumine. Poids : 25 kilogs, insuffisant pour l'âge de la fillette.

Ajoutées à un *état d'anémie intense*, les lésions pulmonaires orientent le diagnostic vers la bacillose.

1^{er} juillet. — L'examen bactériologique des crachats a révélé la présence de bacilles de Koch abondants.

17 juillet. — L'état général s'aggrave. La fièvre, dont on avait remarqué le caractère d'hecticité dès les premiers jours, présente encore des oscillations de deux degrés : 37°-37°5 le matin, 38°5-39 degrés le soir. La nuit, la malade a des transpirations abondantes. Malgré le repos et le traitement il y a une diminution de poids de 500 grammes depuis l'entrée.

25 juillet. — Les signes physiques du début se sont modifiés. La matité absolue a remplacé la submatité aux sommets et il y a des signes de ramollissement plus accentués. La base droite est mate et on y entend des râles sous-crépitants.

30 juillet. — Etat général très mauvais. Anorexie complète. Diarrhée fréquente. Nouvelle perte de poids de 500 grammes.

L'expectoration, qui, au début, était encore muqueuse, est maintenant franchement purulente. La toux est émétisante.

La température continue d'osciller entre 37 degrés le matin et 39°5-40 degrés le soir.

15 août. — Au sommet droit, *en avant et en arrière*, on constate des signes cavitaires très nets : gargouillements, souffle caverneux, bruit de pôt fêlé, etc. Hecticité, diarrhée annoncent la cachexie prochaine.

30 août. — Les signes cavitaires se sont encore accentués à droite. Du côté gauche il y a ramollissement de tout le sommet et infiltration dans tout le reste de l'étendue du poumon. A la base, souffle léger, avec râles humides, affectant le timbre du gargouillement.

L'expectoration est de plus en plus abondante. La malade est dans un état misérable. Ses parents la retirent de l'hôpital par crainte du dénouement fatal prochain.

OBSERVATION II. — J... Pauline est âgée de 14 ans 1/2. Elle est admise à l'hôpital le 8 juin 1906, parce qu'elle maigrit depuis six semaines environ et sent ses forces diminuer. Son appétit est capricieux. Elle a la voix enrouée depuis la même époque. Le matin, elle tousse et a des crachats muco-purulents. Elle n'a pas eu d'hémoptysie. Elle se plaint d'essoufflement au moindre effort, à la plus petite course. Le soir, légère élévation thermique.

Avant l'apparition de ces troubles, J... Pauline n'a jamais été malade. Sa croissance s'est faite normalement. Elle est réglée depuis un an.

Pas de frères, ni de sœurs.

Le père est bien portant : la mère est morte d'un cancer de l'utérus à trente-sept ans. Mais la grand' mère maternelle est décédée récemment d'une affection pulmonaire, d'origine probablement tuberculeuse, et le père fait remarquer qu'elle crachait n'importe où, sur les planchers.

Examen à l'entrée. — Malgré son prétendu amaigrissement, l'en-

fant présente un assez bon état général. Elle pèse 46 kg. 500; son visage est coloré. Les masses musculaires sont bien conservées. Et pourtant, l'examen de l'appareil pulmonaire révèle des signes cavitaires dans la fosse sous-claviculaire droite et de la congestion du sommet droit; on constate, en effet :

En avant, du côté droit, matité de toute la fosse sous-claviculaire avec râles humides à timbre de gargouillement, un peu au-dessous du tiers interne de la clavicule; en ce même point, souffle à timbre caverneux; du côté gauche rien de particulier.

En arrière, à droite, matité des fosses sus et sous-épineuses, avec augmentation des vibrations vocales. Le murmure vésiculaire est conservé. Mais l'inspiration est rude et l'expiration soufflante. Quelques râles sous-crépitants humides, au niveau du hile, avec souffle se propageant vers le sommet. Retentissement de la voix et de la toux.

A gauche, il y a submatité de la fosse sus-épineuse, le murmure vésiculaire y est diminué, l'inspiration rude, l'expiration prolongée et soufflante; on y entend quelques râles sous-crépitants secs, surtout inspiratoires avec égophonie et pectoriloquie aphone.

En somme, lésions beaucoup plus avancées que ne le laisseraient prévoir les symptômes fonctionnels et généraux. Type de début insidieux.

Rien au niveau des autres appareils.

Malgré la température peu élevée, le pouls est à 112.

L'examen bactériologique, pratiqué le jour même de l'entrée, décèle la présence des bacilles de Koch dans les crachats.

17 juin. — L'état général ne semble pas s'aggraver, bien que la fièvre s'élève à 40 degrés le soir, avec des oscillations de 2 degrés sur le matin sans raison apparente. L'appétit est conservé. Pourtant il y a chute de poids depuis l'entrée à l'hôpital. Perte de 600 grammes. Pas de symptômes fonctionnels nouveaux. Etat pulmonaire peu modifié; toutefois quelques râles humides sont apparus dans la fosse sous-claviculaire gauche.

25 juin. — Le maximum thermique, qui avait atteint 40 degrés le

soir, tend à descendre progressivement. L'appétit est toujours bon, mais le poids a encore baissé : 44 kg. 700 au lieu de 45 kg. 900 le 17 juin et 46 kg. 500 à l'entrée, le 8 juin.

Etat pulmonaire. — Dans la fosse sous-claviculaire droite, les râles humides du début ont disparu. Le souffle cavitaire s'entend encore très intense, mais on ne perçoit plus de gargouillement.

Dans les fosses sus-épineuses, les modifications du murmure vésiculaire, inspiration affaiblie, expiration prolongée, soufflante, existent encore, mais les bruits adventices ont disparu, il n'y a plus de râles de congestion.

Au point de vue fonctionnel, les crachats sont hémoptoïques depuis trois jours.

10 juillet. — Les crachats hémoptoïques ont disparu, mais l'expectoration reste abondante, muco-purulente. Légère reprise de poids, 800 grammes depuis la dernière pesée. La température est toujours oscillante. Etat pulmonaire sensiblement le même.

27 juillet. — La température qui s'était abaissée pendant quelques jours, atteint de nouveau 39 degrés le soir. Cependant l'augmentation de poids se poursuit, l'appétit reste excellent. Les crachats sont plutôt muqueux que purulents, mais quelques filaments sanguinolents ont réapparu. La malade a des sueurs nocturnes abondantes.

2 août. — Nombreux épistaxis depuis deux jours. Ce jour même l'une d'elles nécessite un tamponnement ; les crachats sont franchement sanglants. La fièvre est toujours élevée.

10 août. — La malade a de la diarrhée, quatre à cinq selles par jour ; l'appétit diminue. Nouvelle perte de poids, 600 grammes depuis le 27 juillet.

31 août. — Durant tout le mois, le poids n'a cessé de diminuer et l'état général s'est beaucoup aggravé. L'inappétence est presque complète. Depuis deux jours, vomissements, qui surviennent à la moindre tentation d'alimentation. Diarrhée profuse. Les crachats sont de plus en plus abondants, muco-purulents et hémoptoïques.

Deux à trois crachoirs par jour. L'oppression est maintenant constante et très accentuée.

14 septembre. — Etat général très mauvais. L'enfant s'affaiblit de plus en plus. La face et les muqueuses sont très pâles.

Aucun mouvement n'est plus possible. Vomissements de plus en plus fréquents. Diarrhée continue.

Surdité presque complète. Kernig.

Le poids est tombé à 43 kilogrammes. La température se maintient élevée aux environ de 39°5-40 degrés avec de grandes oscillations.

21 septembre. — *Décès.*

22 septembre. — *Autopsie.* — A l'ouverture du thorax, s'écoule des deux plèvres un flot de liquide sérofibrineux, citrin. L'ouverture du péricarde laisse sortir un liquide légèrement trouble. Le poumon droit adhère sur tout son sommet et sa partie moyenne à la paroi thoracique. Sur la coupe, on constate une véritable fonte tuberculeuse ; une caverne grosse comme un œuf occupe tout le sommet. De multiples petites géodes sont disséminées autour d'elle. Dans les autres parties du poumon, granulations et amas caséeux en abondance. Même aspect du poumon gauche. Les lésions sont seulement moins avancées. Le foie est très gros, gras ; il présente quelques granulations à sa surface. Les reins sont congestionnés.

OBSERVATION III. — C... Madeleine, 12 ans, est reçue dans la salle Gassicourt, le 20 mars 1911. Elle entre pour amaigrissement considérable, perte totale de l'appétit et toux continuelle, qui ont débuté il y a trois mois.

Les parents font remonter le commencement de la maladie de leur fillette à la fin du mois de janvier. A cette date, elle aurait, disent-ils, présenté des troubles dyspeptiques. Vomissements, douleurs d'estomac, avec céphalée et fièvre. Le médecin l'aurait alors soignée pour une fièvre typhoïde. Et dès les premiers jours de février, C... Madeleine fut dirigée sur une maison de santé de

Neuilly, où l'on devrait lui donner, d'une façon plus complète, les soins nécessaires.

A Neuilly, pendant les deux premières semaines, le diagnostic resta le même. Mais bientôt l'amaigrissement considérable, la persistance de la température élevée, l'apparition des signes pulmonaires (râles aux sommets), la perte de l'appétit firent songer à une bacillose pulmonaire possible.

Dès le 22 février, l'état général devient très inquiétant. L'amaigrissement est de plus en plus prononcé ; l'enfant s'alimente, en effet, très difficilement et il faut mettre beaucoup d'insistance pour obtenir d'elle qu'elle prenne un peu de nourriture. Ses forces l'abandonnent rapidement. Et elle est bientôt faible à ce point qu'elle ne peut plus marcher que soutenue par deux aides. Elle arrive à l'hôpital dans un état lamentable, avec des lésions pulmonaires et des symptômes fonctionnels, en rapport avec tous ces symptômes généraux.

L'examen montre une fillette, atteinte d'anémie aiguë. Elle est très pâle, ses traits sont tirés, elle a la figure creusée, toutes les saillies osseuses sont marquées, les mains sont presque transparentes, les muqueuses sont décolorées.

La température est élevée à 39°3. Le pouls est faible, rapide, 120. Malgré ce mauvais état général, le poids est presque normal, il atteint 31 kilog. 500.

Les symptômes fonctionnels sont accentués. La toux est rauque, pénible, continuelle. Les quintes sont suivies d'une expectoration de gros crachats visqueux, peu aérés, liés, muco-purulents. La dyspnée est encore peu marquée. Il n'y a pas de point de côté. Jusqu'alors l'enfant n'a jamais eu d'hémoptysie.

L'examen de l'appareil pulmonaire permet de noter : Du côté gauche, en avant, matité et gros râles humides dans toute la hauteur du poumon. En arrière, mêmes signes également étendus jusqu'à la base, en plus souffle pleural et pectoriloquie aphone. Souffle biliaire intense au niveau de l'espace interscapulo-vertébral.

Du côté droit, matité du sommet et respiration soufflante.

Rien du côté des autres appareils.

Nombreux bacilles de Koch dans les crachats.

En somme, il s'agit d'une bacillose pulmonaire à marche rapide. Il y a probablement caséification du poumon gauche, avec réaction pleurale, chez une enfant atteinte d'adénopathie trachéo-bronchique.

25 mars. — L'intradermo-réaction à la tuberculine est négative. La température est un peu moins élevée, surtout le matin, où elle n'atteint plus que 38°4 au lieu de 39°3 à l'entrée.

L'enfant semble avoir un peu plus de forces. Les vomissements qu'elle présentait les premiers jours ont cessé. Mais le poids continu à diminuer, 29 kgr. 500 au lieu de 31 kgr. 500 le 2 mars.

Localement mêmes signes pulmonaires, moins le souffle pleurétique.

4 avril. — L'état général est très mauvais. La température atteint chaque soir 39°8-40 degrés. Le pouls est rapide, petit. Le poids est tombé à 29 kilos.

La nuit dernière, la malade a eu une hémoptysie abondante. Toute la journée, la toux a ramené une expectoration sanguinolente.

Les signes pulmonaires ont augmenté. Les râles humides, entendus dans toute la hauteur du poumon gauche, sont plus nombreux et plus intenses.

5 avril. — Etat de plus en plus misérable. Œdème marqué des membres inférieurs.

6 avril. — A trois heures du matin, hémoptysie foudroyante. Un seul flot de sang de 1/2 litre environ et la malade meurt.

Pas d'autopsie. Opposition.

OBSERVATION IV. — R... Marie, est une fillette de 14 ans. Elle vient à l'hôpital le 10 avril 1912.

Il y a quinze jours, cette enfant a été subitement prise de grands frissons, avec fièvre, mal de gorge et douleurs dans la tête. En

même temps, elle s'est trouvée gênée de la respiration, s'est mise à tousser et à cracher. Elle est soignée pour grippe et rapidement elle se sent améliorée. Successivement la céphalée, les points de côté, la dyspnée disparaissent. Mais sa toux persiste. Elle dort mal et a d'abondantes sueurs nocturnes. Elle fait actuellement une nouvelle poussée fébrile. C'est ce qui a décidé ses parents à l'amener à l'hôpital.

Jusqu'à ces temps derniers, elle n'a jamais été malade. Sa mère est morte tuberculeuse.

A la vérité, B... Marie présente des symptômes généraux assez accentués. Le poids est normal, mais la température atteint 38 degrés. Le pouls bat à 100. La langue est légèrement chargée, un peu rouge sur les bords. On remarque quelques vésicules d'herpès sur les amygdales et un peu de rougeur de la gorge.

L'expectoration est absente. La toux est sèche, rare, trois ou quatre petits accès seulement dans la journée. Pas de point de côté, pas de dyspnée. Jamais d'hémoptysie. Mais l'examen de l'appareil pulmonaire montre une infiltration avancée des deux sommets.

En avant. — A droite, quelques craquements dans la fosse sous-claviculaire; à gauche, craquements plus nombreux qu'à droite.

En arrière. — A droite, matité et foyer de craquements nombreux au niveau de la partie externe de la fosse sus-épineuse, souffle hilaire; à gauche, souffle hilaire.

Rien du côté du tube digestif.

Le foie, la rate sont normaux.

Cœur, reins normaux.

13 avril. — Quelques bacilles de Koch dans les crachats.

23 avril. — La température très oscillante a subi une ascension progressive depuis le 12 et s'est maintenue pendant trois jours aux environs de 39°5-40 degrés. Elle semble maintenant descendre. L'anorexie est apparue et depuis son arrivée, l'enfant a déjà perdu

1 kgr. 1/2. Il n'y a cependant pas de modifications appréciables des signes pulmonaires. La toux est, par contre, devenue plus fréquente. Elle est quinteuse et suivie d'une expectoration muco-purulente.

30 avril. — Extension des signes de ramollissement. Nombreux craquements dans toute la région sous-claviculaire et au niveau du hile du côté droit. A gauche, matité plus étendue en avant, avec gros râles humides et craquements.

17 avril. — L'état général devient franchement mauvais. Le poids est tombé à 31 kgr. 600 au lieu de 35 à l'entrée. L'anorexie est absolue, la fièvre est hectique. Il y a peu de modifications des lésions pulmonaires, comme étendue. Mais les signes cavitaires, souffle caverneux, gargouillement, sont maintenant très nets.

Les symptômes fonctionnels s'atténuent. L'expectoration, qui était d'une quinzaine de crachats le 2 est tombée à un taux presque nul. La toux est également rare. Plus de transpiration nocturne.

1^{er} juin. — Chute de poids continue. Température inégale. L'expectoration est redevenue abondante depuis trois jours, les spéléonques se voient.

20 juin. — La fièvre, qui était peu marquée depuis une dizaine de jours, s'élève rapidement chaque soir d'un jour à l'autre. L'état général est de plus en plus lamentable.

Impossibilité absolue d'alimenter la malade. L'expectoration continue d'être abondante, la toux est plus fréquente. La nuit, sueurs abondantes.

Dans les deux poumons, les signes cavitaires sont étendus à tout le tiers supérieur. On entend de nombreux râles aux bases.

3 juillet. — Décès dû à la cachexie tuberculeuse, avec signes physiques de ramollissement et d'excavation très étendus et symptômes fonctionnels, dyspnée et expectoration très marqués.

5 juillet. — *Autopsie*. — Adhérences faciles à décoller en avant et à la base entre les poumons et la paroi thoracique. En arrière le dôme pleural est impossible à décoller. Il en résulte des déchirures partielles du tissu pulmonaire, et à gauche, l'ouverture d'une

caverne, contenant 20 à 30 centimètres cubes d'un pus jaunâtre et semi-liquide. Les poumons sont violacés et de consistance dure dans leur ensemble. La coupe montre que le parenchyme pulmonaire est presque entièrement détruit et les poumons présentent l'aspect d'une véritable éponge pleine de pus jaune verdâtre, épais, qui sort par tous les points de la coupe. La caverne volumineuse du sommet gauche a sa paroi périphérique formée par la plèvre pariétale. Le sommet du poumon droit, qui a été très difficile à décoller, n'est plus qu'une bouillie purulente.

Plèvres pariétales. Deux ou trois tubercules caséifiés. Pas de granulations.

Le cœur, le péricarde sont normaux.

Le foie est hypertrophié et présente la dégénérescence graisseuse. Il a des adhérences avec la paroi abdominale antérieure et la face inférieure du diaphragme. Sur la face convexe, on voit deux tubercules caséifiés de 3 à 4 millimètres de diamètre.

La rate est un peu grosse. A la coupe, bouillie splénique.

Reins congestionnés. Pas de ganglions mésentériques.

OBSERVATION V. — M... Louise, âgée de 12 ans, fait son entrée dans le service le 11 juin 1915. C'est une enfant pâle, anémique, au-dessous de son poids, de santé délicate et sujette aux bronchites. Elle vient à l'hôpital parce qu'elle tousse depuis décembre dernier, époque à laquelle elle a fait une bronchite, dont elle n'a pu se débarrasser. Au début, elle avait une toux sèche, maintenant celle-ci est grasse et s'accompagne d'expectoration muco-purulente. De plus, depuis deux mois la jeune M... Louise a des troubles digestifs. Elle n'éprouve aucun appétit. Parfois, le soir, après son repas, à la suite d'une quinte de toux, elle vomit. Elle souffre d'une diarrhée continue. Trois ou quatre selles par jours. Elle aurait, en outre, maigri de 2 kilogrammes en un mois.

Dans les antécédents, pas d'hérédité tuberculeuse apparente, l'enfant est née à terme, pesant 4 kgr. 250. Ses frères et sœurs sont

également venus au monde avec un poids élevé ; ils sont tous actuellement bien portants.

Les parents n'ont jamais été malades.

Examen.— Du côté de l'appareil pulmonaire, il existe des signes de congestion des deux sommets ; gros souffle diffus au sommet droit et souffle hilaire d'adénopathie trachéo-bronchique.

La température est peu élevée. Elle est de 37°6. Aucun signe pathologique au point de vue cardiaque, ni au point de vue du tube digestif.

Le poids est de 25 kgr. 500,

22 juin. — Aggravation notable des symptômes généraux et des signes physiques.

L'enfant n'a aucun appétit, se nourrit difficilement ; la fièvre présente des accès vespéraux élevés, à 39°5-40 degrés entre 6 heures et 9 heures du soir, heures auxquelles elle atteint son maximum. Le poids est à 130.

Le poumon droit présente des signes de ramollissement ; on note, au sommet, de la matité avec souffle diffus et nombreux craquements. Au sommet gauche, les foyers sont moins étendus.

La toux est toujours fréquente. Elle s'accompagne d'expectoration muco-purulente abondante dans laquelle l'examen bactériologique fait apercevoir seulement quelques rares bacilles de Koch.

25 juillet. — Depuis une quinzaine de jours, la courbe de la température ne dépasse guère 38 degrés. Le poids, qui était tombé à 24 kgr. 500 au début du mois, est remonté à 25 kgr. 500, poids de l'entrée.

Cependant, les signes fonctionnels, toux, expectoration, sont les mêmes. Et l'on note l'apparition d'un souffle cavitairé au sommet droit, avec gargouillement et pectoriloque aphone.

25 août. — Etat stationnaire pendant tout le mois. Ni amélioration, ni aggravation appréciable. La température est à 37 degrés tous les matins. Mais le soir, elle atteint 38-38°5, régulièrement ; le poids est stationnaire.

25 septembre. — Depuis le 29 août, chute rapide du poids ;

l'enfant qui pesait encore à ce moment 25 kgr. 800 atteint maintenant à peine 24 kilogs. Elle n'a toujours pas d'appétit. Elle a recommencé à vomir son dîner, le soir, de temps en temps. La température est cependant normale depuis quelques jours.

Diminution des symptômes fonctionnels, toux, expectoration. Les signes cavitaires ont gagné l'aisselle droite. On y entend le souffle et le gargouillement. Du côté gauche, pas de modifications des bruits surajoutés.

25 octobre. — Poussée congestive à la base gauche.

Extension des signes physiques au sommet gauche. L'enfant a une toux rauque. Pas de crachats. Apparition d'un léger œdème des membres inférieurs. C'est la cachexie tuberculeuse qui s'annonce.

La fièvre remonte le soir.

1^{er} novembre. — Signes cavitaires au sommet gauche. Persistance des signes cavitaires à la partie moyenne du poumon droit.

Appétit nul. Pas d'expectoration. Pouls petit à 130.

17 novembre. — A 10 heures du soir, hémoptysie foudroyante (probablement par rupture d'un anévrysme de Rasmussen). L'enfant rend brusquement du sang à pleine bouche (plusieurs crachoirs) et meurt en quelques minutes.

Autopsie. — Cavernes des deux poumons.

OBSERVATION VI. — D... Marcelle, 12 ans $1/2$, fait une hémoptysie dans la nuit du 1^{er} au 2 août 1917. Elle rend deux crachoirs de sang rouge. Ses parents l'amènent le lendemain à l'hôpital, soit le 3 août.

Interrogés, ils racontent que leur fillette était moins bien portante depuis quinze jours seulement : ils ont alors remarqué qu'elle toussait et crachait, et qu'en même temps elle perdait l'appétit et maigrissait. Jusque-là, D... Marcelle ne s'était jamais plainte d'aucun trouble, et n'avait jamais eu de maladie sérieuse.

Le père et la mère sont bien portants.

Examen montre une enfant pâle, amaigrie, très au dessous de

son poids, 28 kilos au lieu de 35. Sa température, le soir de son entrée, est de 38°6. Le pouls est faible, accéléré. Ses nuits sont calmes, le sommeil est bon à l'ordinaire.

Au point de vue des symptômes fonctionnels, la toux est fréquente, grasse, l'expectoration est abondante, constituée par des crachats muco-purulents, striés de filaments sanguinolents. Elle contient de nombreux bacilles de Koch.

Les lésions de l'appareil pulmonaire sont déjà avancées. Il existe des signes manifestes de ramollissement au niveau du sommet droit, matité, craquements, aussi bien en avant qu'en arrière, mais plus accentuées en avant. En plus, nombreux râles de bronchite, disséminés dans les deux poumons.

Cœur, tube digestif, foie, rate sont normaux.

4 août. — Dans la nuit, la fillette a eu une nouvelle hémoptysie. Un crachoir de sang rouge. On lui a fait trois injections d'émétine de 0,01. Le soir la température atteint 39°2.

10 août. — La fièvre est tombée. Il y a amélioration notable des symptômes fonctionnels. La toux est moins fréquente, l'expectoration moins abondante. Le poids est stationnaire. Les signes de bronchite ont disparu.

12 septembre. — La température qui s'était maintenue dans le voisinage de la normale, oscillant seulement entre 37° le matin et 37°6 le soir, jusqu'à la fin d'août, présente depuis cinq jours des oscillations plus marquées de 1 degré 1/2 à 2 degrés. Le pouls bat à 120 pulsations par minute. Cependant il y a eu reprise de poids de 1.000 grammes, et l'état général est bon. L'enfant a d'ailleurs bon appétit et se nourrit assez bien.

Bien que moins intenses, les symptômes fonctionnels persistent encore. La toux n'est pas complètement disparue. La fillette expectore 3 à 4 cuillerées à soupe de crachats habituellement mousseux, albumineux, quelquefois muco-purulents. Les signes physiques pulmonaires sont les mêmes. Toutefois il existe un peu de congestion de la base gauche.

25 septembre. — Les signes de congestion de la base gauche

persistent. Il y a de plus de la matité dans la fosse sus-épineuse et au niveau du sommet gauches, en arrière, avec inspiration très soufflante. Au sommet droit, les craquements sont plus abondants. Cependant la fièvre n'est pas plus intense, ne dépasse guère 38. le soir et l'augmentation de poids continue.

Pas de modification des symptômes fonctionnels.

11 octobre. — L'état semble être stationnaire. L'enfant quitte l'hôpital sur la demande des parents, qui la ramènent treize jours après, soit le 24 octobre. Il n'apparaît pas à cette date, qu'il y ait eu aggravation marquée de la maladie, pendant le séjour de la fillette au dehors.

12 novembre. — Depuis son retour, la malade décline chaque jour. Elle maigrit rapidement. La fièvre est plus élevée, elle est environ de 39° le soir. L'appétit est absent. L'expectoration mucopurulente atteint un demi-crachoir. Il est vrai qu'elle peut être en partie due à la bronchite surajoutée car on entend des râles sous-crépitaunts dans les 2/3 supérieurs du poumon droit. Il y a également de la congestion du sommet gauche.

10 décembre. — Apparition de signes cavitaires à la partie externe des fosses sus-épineuses et sous-claviculaires droites. Souffle et gargouillement, bruit de pot fêlé, toux caverneuse. Un nouvel examen bactériologique montre de nombreux bacilles de Koch dans les crachats. L'état général ne semble pas trop mauvais. Cependant la température se maintient aux environs de 38° et la chute de poids est rapide. L'enfant a perdu deux kilos depuis le 24 octobre. Elle pèse maintenant 28 kilos.

10 janvier. — Les signes cavitaires du sommet droit se sont un peu étendus. La fillette se cachectise. Depuis quelques jours elle a de fréquentes selles en diarrhée. Début de phlébite aux membres inférieurs. Appétit très capricieux.

12 janvier. — Quelques crachats hémoptoïques, renferment beaucoup de bacilles. Une hydarthrose double peu abondante s'est installée aux genoux. La toux est fréquente, émétisante, survient particulièrement aux repas.

20 janvier. — Apparition de signes cavitaires à la base gauche. Poids 27 kilos.

15 février. — On entend des gargouillements dans presque toute l'étendue des deux poumons. L'anorexie est absolue. L'enfant est en pleine cachexie tuberculeuse. L'organisme ne réagit plus à l'infection. La température reste à 37°.

5 mars. — Décès après huit mois de séjour à l'hôpital. Pas d'autopsie. Opposition.

OBSERVATION VII. — L... Jeanne, est une fillette de 14 ans 1/2. Elle arrive dans le service le 12 février 1919. Elle se plaint de n'avoir aucun appétit, ni aucune force. De plus elle a maigri, elle tousse et a une légère expectoration. Tous ces symptômes existent depuis un mois, sauf la toux, qui n'est apparue que vers le début de février.

Auparavant, L... Jeanne a toujours été bien portante. Néanmoins elle a eu la rougeole à 4 ans et a été opérée de végétations adénoïdes à 5 ans. Depuis l'âge de 11 ans, elle est très normalement réglée.

Le père, un tousseur, est mort d'une hernie étranglée. La mère jouit d'une excellente santé.

A noter que dans sa famille, la fillette est en contact avec une sœur aînée, qui tousse et crache beaucoup depuis longtemps et qui, de plus, a eu plusieurs hémoptysies.

Examen. — L... Jeanne est très amaigrie, elle est pâle, anémiée, elle a les yeux excavés. Elle présente une déformation thoracique accentuée (enfonce ment sternal). La langue est saburrale. La fièvre atteint 38°9 ; il y a une accélération parallèle du pouls. Du côté de l'appareil pulmonaire, il faut signaler : A droite : diminution légère de la mobilité du thorax, diminution des vibrations vocales dans les 2/3 supérieurs du poumon, abolition complète des vibrations dans le tiers inférieur. Submatité au niveau du sommet, en arrière, matité absolue avec résistance au doigt à la base, en arrière et sur les côtés. La mensuration ne met en évi-

dence aucune ampliation de ce côté malade. A l'auscultation, abolition du murmure vésiculaire au niveau de la base, souffle très nettement perceptible à la partie moyenne, râles sous-crépitaux localisés à la région du sommet. Pectirolologie aphone. Le foie n'est pas abaissé, mais il est un peu augmenté de volume.

A gauche : submatité du sommet, râles sous-crépitaux.

Les crachats muco-purulents contiennent de nombreux bacilles de Koch.

Le cœur est normal, le pouls est bien frappé ; cependant la tension artérielle est basse, 12/8 ; les urines claires, ne renferment ni albumine, ni sucre.

17 février. — Les signes d'épanchement pleural ont disparu, ce qui permet de mettre en évidence l'existence d'une caverne au niveau du 1/3 inférieur du poumon droit. Augmentation des vibrations, matité, souffle amphorique très étendu, gargouillement surtout à l'inspiration, plus appréciable quand on fait tousser la malade. Bronchophonie caverneuse.

Signes de congestion au sommet droit et à la base gauche.

La malade est très anémiée, elle a un aspect blafard, subictérique. La toux surtout matinale, survenant après les mouvements, est suivie d'une expectoration très abondante. L'appétit est bon ; il n'y a pas de troubles intestinaux. Le sommeil est calme.

20 mars. — Légère amélioration des signes généraux et fonctionnels. La température se maintient aux environs de 38°. Le faciès est moins pâle. Il y a diminution de la toux. L'expectoration est moins abondante et moins purulente. Apparition de frottements au sommet droit et au niveau du foyer cavitaires. Le poids est tombé de 45 k. 500 à 43 kilogs.

4 avril. — Signes de petite caverne au niveau du sommet droit. Diarrhée abondante durant depuis huit jours. Il y a un léger œdème malléolaire gauche avec un peu d'augmentation du volume de la cuisse.

8 avril. — Apparition de troubles abdominaux, douleurs vives dans le flanc droit. Anorexie. Diarrhée. Signes d'ascite cloisonnée

avec plastron sous-hépatique. Circulation collatérale veineuse avec œdème sus-pubien. Dysurie sans polyurie ni dépôts dans les urines. Bref, signes de généralisation de l'infection. Nouvelle chute de poids à 41 k. 500.

10 avril. — La dyspnée est très marquée et accompagnée de cyanose. Mêmes signes au niveau du poumon droit. Pluie de râles humides dans tout le poumon gauche, surtout à la base, avec matité à ce niveau. Nombreuses taches purpuriques sur les membres inférieurs et la paroi abdominale. Augmentation de la circulation veineuse collatérale de l'abdomen. La température tombe à 37°.

20 avril. — Laryngite. Dyspnée intense. Cyanose de la face et des extrémités. Pouls filiforme.

Mort le 21 en asphyxie et collapsus.

Autopsie. — Poumon droit : Caverne énorme du volume d'un poing au niveau du 1/3 inférieur. Nombreuses petites cavités à la périphérie et dans la région du sommet. Base complètement caséifiée. Adhérence pleurale totale. Poumon gauche : Nombreuses petites cavernes à la partie moyenne et au sommet. Blocs caséux disséminés dans toute l'étendue du poumon.

Foie grassex, pesant 2 kgr. 800.

Reins : présence de quelques petites granulations.

OBSERVATION VIII. — B... Marie-Louise, 14 ans, est amenée à l'hôpital le 15 mai 1919 dans un état d'anémie aiguë avec fièvre intense à 39°5.

Cette fillette a quitté la classe à la fin de janvier très bien portante. Depuis le 17 février, elle travaillait dans une fabrique de laine, lorsque, quelques jours après son entrée en apprentissage, elle commença à tousser et à maigrir. Il y a trois semaines, elle dut interrompre son travail pour une affection aiguë et fébrile qui fut étiquetée grippe. Cela dura une dizaine de jours. Mais, depuis, l'enfant ne s'est jamais complètement remise, elle a continué à tousser et à maigrir.

Actuellement, B... Marie-Louise a un teint très pâle. Elle est

dyspnéique et par moment elle est cyanosée. Elle n'a aucun appétit et ne s'alimente pas. Sa température est de 39°5. Elle a un pouls rapide et petit. Son poids atteint à peine 31 kilogs, très inférieur à la normale.

Depuis deux jours, elle est fatiguée par une diarrhée séreuse abondante, elle a quatre à cinq selles en vingt-quatre heures. La nuit, elle transpire beaucoup.

A l'examen pulmonaire, on constate :

En arrière, de la matité au niveau des deux sommets. Les vibrations sont augmentées, l'auscultation fait entendre des deux côtés dans la région apicale, du gargouillement et des râles humides, avec souffle caverneux et retentissement de la voix.

En avant, on observe les mêmes signes.

Il y a un mycédème accentué des trapèzes.

Rien à signaler quant aux autres appareils.

Comme antécédents personnels, les parents font savoir que leur enfant a eu la rougeole et la coqueluche à 7 ans. Elle n'a jamais eu d'autre maladie grave.

Deux frères et une sœur sont bien portants.

Le père et la mère sont également en bonne santé. Il n'y a donc pas d'hérédité tuberculeuse apparente. Il s'agit d'une tuberculose pulmonaire qui s'est développée de façon très insidieuse, et dont l'évolution a sans doute été précipitée par l'entrée de l'enfant en apprentissage.

20 mai. — Légère modification des signes pulmonaires. En arrière, moins de râles, mais souffle hilaire, qui s'entend jusque vers la partie externe de la fosse sus-épineuse. En avant, râles humides et souffle aux deux sommets.

La fièvre se maintient élevée aux environs de 39 à 40 degrés.

La diarrhée persiste abondante et le poids continue à décroître, 30 kil. 500 au lieu de 31 à l'entrée.

10 juin. — Pour la première fois, l'examen bactériologique fait voir des bacilles de Koch dans les crachats.

19 juin. — Aggravation de l'état général. La fièvre est toujours

élevée. Diarrhée toujours fréquente. Le poids continue à baisser. Bref, cachectisation très rapide.

Les signes de cavernulisation et de ramollissement des sommets sont plus étendus. Souffle et râles cavitaires au sommet droit, gargouillement et râles crépitants à gauche.

La toux est quinteuse, fatigante, et s'accompagne d'expectoration de crachats nummulaire typiques.

26 juin. — La courbe de poids indique 29 kilogs.

Point de côté gauche violent.

8 juillet. — Aggravation rapide de l'état général. Anorexie absolue. Diarrhée. La malade ne peut plus faire aucun mouvement. Extension des signes cavitaires et apparition d'une laryngite. La fillette ne peut plus cracher.

18 juillet. — Œdème cachectique des membres inférieurs.

Aphonie. Cyanose. Dyspnée intense.

Signes cavitaires bilatéraux de plus en plus étendus vers les bases.

25 juillet. — Décès.

26 juillet. — Autopsie. Poumon très adhérents à la paroi thoracique. Tous les deux présentent au sommet des cavernes étendues, du volume d'un œuf. Tout le parenchyme a l'aspect du fromage de Roquefort. Léger épanchement péricardique jaune citrin. Foie peu volumineux.

Il existe quelques granulations péritonéales et spléniques.

OBSERVATION IX. — M... Marie-Madeleine est une fillette de 14 ans. Elle entre à l'hôpital le 31 mars 1920. Elle est malade depuis huit jours environ. Elle a été prise assez subitement d'un point de côté droit, avec toux rauque et expectoration. Depuis le début, ces symptômes persistent, et elle éprouve, en outre, une inappétence complète. Elle aurait, depuis deux jours seulement, de la fièvre à 39 degrés.

C'est une enfant au facies très pâle, dont l'état général ne semble cependant pas très atteint. Elle pèse 47 kilogs. En plus des symp-

tômes fonctionnels, pour lesquels elle est entrée à l'hôpital, elle accuse une légère gêne respiratoire. Sa température est de 38° 6 le matin de l'examen.

A l'examen de l'appareil pulmonaire, on note que le poumon gauche est normal. Du côté droit, au contraire, on constate en avant, de la matité surtout nette au niveau du sommet. Des râles sous-crépitants sont disséminés sur toute la surface du poumon. En arrière, submatité et souffle léger, expiratoire, au sommet. Râle fins dans toute la hauteur du poumon.

Le cœur est normal, le pouls est bien frappé. 88 pulsations. La tension artérielle est de 14/7.

Les urines sont claires, abondantes et ne présentent aucune trace d'albumine.

Au point de vue des antécédents personnels, aucune maladie grave n'est à signaler. La fillette est née à terme et pesait 3 kilogs à sa naissance. Elle a eu la rougeole à 4 ans. La croissance a été normale. Elle n'a jamais eu de bronchite et n'a jamais toussé. Elle a été réglée à douze ans.

Unescœur est morte en 1918 de tuberculose pulmonaire à l'âge de 17 ans.

Le père est un tousseur et un éthylique, la mère paraît bien portante.

6 avril. — L'intradermo-réaction à la tuberculine est restée négative. La température s'est élevée et atteint 39°-39°5. Pas de toux, pas de dyspnée; les mêmes signes physiques persistent.

9 avril. — L'examen de l'appareil pulmonaire donne les renseignements suivants :

Poumon droit : en avant, au sommet, matité de bois, souffle doux, râles humides ; en arrière, matité dans toute la surface du poumon surtout marquée au tiers moyen. De plus, au sommet, disparition du murmure vésiculaire. Au tiers moyen, souffle expiratoire, égophonie, pectoriloquie aphone ; à la base, respiration soufflante, frottements, retentissement de la voix et exagération des vibrations ; on pense à une pleurésie enkystée à la partie moyenne, limitée par d'épaisses fausses membranes.

15 avril. — Radiographie. Opacité de tout le poumon droit remontant jusqu'à trois travers de doigt, au-dessous de la clavicule ; opacité homogène, un peu plus marquée toutefois à la base. Diaphragme immobile à droite. Les espaces intercostaux s'amplifient normalement.

19 avril. — Les signes physiques se sont modifiés : de plus en plus, il apparaît qu'il s'agit d'une évolution tuberculeuse subaiguë. On trouve, en effet, en avant, toujours du côté droit, de la matité avec des râles de plus en plus gros, cavernuleux. En arrière, la matité est toujours très nette, les vibrations restent augmentées et il y a de la pectoriloquie aphone. Mais le murmure vésiculaire est perceptible maintenant jusqu'à la base. Dans les deux tiers supérieurs s'entend un souffle, avec gros râles ou frottement-râles.

Malgré ces lésions évolutives, l'enfant ne maigrit pas et mange bien, n'a pas de sueurs nocturnes ; elle tousse peu et ne crache pas. La température est seulement de 38°2.

25 avril. — Même état général. Cependant apparition de sueurs abondantes. La fièvre varie entre 38-38°6 et 39°2.

En avant, râles de plus en plus humides. Véritable gargouillement. En arrière, souffle à la partie moyenne. Râles un peu plus gros. Nombreux sous-crépitants après la toux, avec retentissement de la toux et de la voix.

29 avril. — Apparition de quelques râles à la partie moyenne du poumon gauche.

6 mai. — L'enfant se met à cracher. Expectoration purulente, nummulaire, adhérente au fond du crachoir. Nombreux bacilles de Koch.

A la base droite, on entend un souffle nettement cavitaire, renforcé par la toux. De plus gargouillement.

11 mai. — Epistaxis.

14 mai. — La malade maigrit rapidement. Elle crache davantage. Elle n'a pas de dyspnée. Son appétit est intact. La température devient oscillante : 37°9 le matin, 40° le soir.

16 mai. — Deux épistaxis. Violent point de côté droit, exaspéré par la toux. Même état pulmonaire.

25 mai — Diminution de l'appétit. Insomnie nocturne. Somnolence diurne. Transpiration. Epistaxis répétées.

6 juin. — Douleurs dans les membres inférieurs, œdème des malléoles. Diminution des urines. Diarrhée. Toux plus accentuée et très pénible. Expectoration de plus en plus abondante. Dyspnée. Amaigrissement considérable.

17 juin. — Ecchymoses spontanées des membres inférieurs. Erythème mécanique de la région rétro-trochantérienne gauche. Tendance à l'eschare. Température 39°. Pouls 112.

20 juin. — Matité de tout le poumon droit, avec douleur vive à la percussion. Souffle caverneux dans toute la base droite, s'entendant également dans la fosse sus-épineuse. Gargouillement. Diarrhée intense. Œdème cachectique.

26 juin. — Décès.

Pas d'autopsie.

ÉTUDE CLINIQUE

Antécédents

Chez les fillettes qui succombent à la tuberculose pulmonaire ulcéro-caséreuse avec évolution rapide, les antécédents personnels sont en général peu chargés. Le plus souvent, les parents interrogés, répondent que leur enfant est née à terme et atteignait au moment de sa naissance, le poids normal, voisin de trois kilogs. Puis elle s'est développée d'une façon régulière. Quelquefois une rougeole, une coqueluche, une diphtérie bénigne sont signalées, mais n'ont paru laisser après elles aucune trace sérieuse. De toute façon, aussi bien au cours de leur première que de leur seconde enfance, les fillettes, dont il est question, n'ont présenté aucune évolution morbide, qui fut étiquetée tuberculose. Parfois, cependant, la mère fait remarquer que son enfant avait, au début de chaque hiver, une bronchite, qui se terminait rapidement pour reparaître seulement l'année suivante. Dans ce cas, il est de règle que l'on constate des signes marqués d'adénopathie trachéo-bronchique. Quoi qu'il en soit, cette phase de l'évolution tuberculeuse est presque toujours latente chez ces enfants et passe presque toujours inaperçue, alors qu'elle est, au contraire, bruyante dans la tuberculose ganglio-pulmonaire de la seconde enfance. Il n'en demeure pas moins que la loi générale nous semble être celle-ci : les fillettes, qui font de la tuberculose-pulmonaire ulcéro-caséreuse à évolution rapide, au moment de leur puberté, n'ont jusqu'alors presque jamais

été soignées pour maladie grave, ni principalement pour tuberculose.

Mais fréquemment il existe des frères et des sœurs. Et si l'on demande aux parents, comment se portent leurs autres enfants, il est rare d'apprendre que tous soient en bonne santé. Le fait se rencontre parfois ; mais, généralement, la tuberculose a marqué son empreinte au foyer. Ou bien c'est la sœur aînée qui est anémique et tousse tous les hivers. Ou bien il y a un jeune frère, qui ne va pas en classe, parce qu'il est faible, et a de gros ganglions au cou et sous les aisselles. Le plus souvent la famille serait nombreuse, si plusieurs ou même la plupart des enfants n'étaient morts, soit en bas âge, soit plus tard au moment de leur entrée en apprentissage ou peu après leur arrivée au régiment. Et ce sont là des victimes de la scrofule, de la méningite ou de la tuberculose pulmonaire. Tous ces faits orientent vers le diagnostic véritable que les antécédents héréditaires aident également à établir de façon tout aussi évidente parfois.

D'ailleurs il ne nous semble pas qu'à ce point de vue des antécédents des proches parents, il soit permis d'établir une règle bien précise. Toutes les éventualités se rencontrent. Le père et la mère sont, quelquefois en excellente santé, l'un et l'autre. Mais cette circonstance est rare. Il est plus fréquent que l'un des deux soit bacillifère. Ou bien c'est le père qui est un vieux tousseur et a déjà eu une ou deux pleurésies. Ou bien la mère encore jeune est atteinte de cette maladie de langueur, qui n'est autre que la tuberculose. Un fait intéressant à noter : c'est souvent la présence au foyer familial de l'un des grands-parents, porteur d'une tuberculose « stagnante » qui, ignorant des règles les plus élémentaires de l'hygiène, crache journellement sur les parquets et contamine, de la sorte, tout son entourage, enfant et petits enfants. Mais, de tout ceci, nous

devons surtout retenir que, si rien généralement, dans son passé même, n'éveille le soupçon d'une tuberculose chez la jeune fille qui nous intéresse, des recherches minutieuses sur les parents et les collatéraux nous permettent fréquemment de nous orienter vers le diagnostic véritable.

Modes de début

La tuberculose pulmonaire à évolution rapide commence chez la jeune fille des façons les plus diverses. Parfois l'enfant est prise subitement. Dans une première catégorie de faits, l'on croit, à l'origine, se trouver en présence d'une maladie infectieuse aiguë quelconque. Il arrive alors que l'idée d'une grippe possible est celle qui vienne la première à l'esprit. La fillette est courbaturée, elle a mal à la tête, aux reins, les articulations sont douloureuses, la fièvre est élevée, à 39 degrés. Tout doit rentrer en ordre très rapidement. Malheureusement, au bout de quelques jours, l'enfant ne se remet pas. Elle reste anémiée. Elle ne retrouve pas l'appétit, ses forces disparaissent, elle maigrit. Dans l'intervalle elle se met à tousser et à cracher. C'est alors que les parents s'inquiètent davantage et amènent leur enfant, en hâte, à l'hôpital, s'ils ne l'ont fait plus tôt. Et sans tarder les choses se précisent, on découvre le bacille de Koch dans les crachats.

D'autres fois, l'incident aigu initial est caractérisé par un état fébrile, accompagné de troubles digestifs, de phénomènes nerveux, céphalée, vague torpeur, et l'on diagnostique fièvre typhoïde. Pendant quelque temps, le séro-diagnostic de Vidal est même parfois positif, mais au bout de trois semaines, un mois, la persistance de la fièvre, qui est toujours très élevée, la rapidité de l'amaigrissement et l'appar-

rition des signes pulmonaires au sommet font abandonner le premier diagnostic. Il nous paraît, en ce cas, qu'il faille plus tôt parler de début par état typhoïdique. Il est rare de voir la tuberculose s'installer chez les fillettes de dix à quinze ans à la suite de la coqueluche ou de la rougeole. Quelquefois une diphtérie marque le début. Plus souvent ce sont encore des phénomènes nerveux qui restent inexpliqués, sciatiques, névralgies intercostales en particulier. On le voit, dans ces différentes circonstances, la difficulté est d'autant plus grande que rien n'attire l'attention vers l'appareil pulmonaire et que l'idée de tuberculose se trouve presque éliminée d'emblée.

Deuxième mode de début brusque : les signes physiques et les symptômes fonctionnels localisent bien l'affection à l'appareil pulmonaire, mais il font penser à un pneumopathie vulgaire : congestion pleuro-pulmonaire banale, broncho-pneumonie, bronchite aiguë. L'affection présumée semble suivre tout d'abord son cours normal. Le point de côté devient moins violent, la dyspnée moins intense, mais la toux persiste et l'expectoration apparaît. Neuf, quinze jours s'écoulent ; la chute de la température que l'on escomptait plus proche, fait place à une fièvre continue. Les signes de bronchite, râles ronflants, sibilances, n'existent plus. A la base, il n'y a plus d'indices de congestion pulmonaire : plus de matité, plus de frottements-râles, plus de souffle. Mais alors, à l'un quelconque des deux sommets, on est tout surpris de constater la présence d'un foyer de condensation ou de ramollissement. La pleurésie séro-fibrineuse est rarement une façon de débiter pour la tuberculose à évolution rapide. Elle est plutôt l'épi-phénomène qui fait découvrir la maladie. Incident aigu, elle disparaît rapidement. Les signes d'épanchement, matité, abolition des vibrations vocales, du murmure vésiculaire, pectoriloquie aphone, souffle pleurétique,

s'estompent très vite, pour laisser place à des symptômes de bacillose cavitaire. A la vérité, l'état général est alors profondément altéré, et dès le premier examen de la fillette on ne peut supposer qu'il soit le fait d'une affection récente. Le mode de début de la tuberculose pulmonaire à évolution rapide peut donc être brusque et sournois : il est parfois violent et caractéristique.

L'hémoptysie, que l'on considère rare chez l'enfant, n'est pas l'exception chez la jeune fille à la puberté. Elle constitue quelquefois « un épisode révélateur de Kün ». Il arrive qu'elle est l'accident initial, qui provoque l'hospitalisation de l'enfant, ou tout au moins la visite du médecin. Et en pareille circonstance, il ne faut pas s'étonner de voir les parents mettre en évidence toute une série de troubles présentés par leur fillette, et auxquels, jusque-là, ils n'avaient attaché aucune importance : diminution de l'appétit, amoindrissement des forces, fréquents accès de toux, essoufflement et même légère expectoration. Il est évident que ce début clinique ne répond pas au début anatomique. Les lésions sont, en fait, déjà très étendues, quand l'hémoptysie survient, comme la radioscopie permet généralement de le constater. Mais le masque est jeté, et le médecin se dit immédiatement qu'il est en présence d'une tuberculose, dont il ne va pas lui être difficile de faire la preuve.

Dans la plupart des cas, les troubles pathologiques font leur apparition d'une manière très insidieuse. Des symptômes généraux et fonctionnels très peu marqués à l'origine, se développent progressivement, en même temps que les lésions s'installent. Ils sont dus à la réinfection tuberculeuse, qu'ils ne font pas soupçonner à ce moment, car les signes physiques manquent alors pendant longtemps. Les fillettes viennent consulter le médecin pour des troubles vagues, dont elles ne

savent pas très bien préciser ni l'origine, ni le caractère. Elle se plaignent de ne plus avoir de forces ; elles n'ont pas d'appétit. La viande les dégoûte, aucun aliment ne leur est agréable. Leur haleine est courte, elles s'essoufflent très vite, et parfois sont même dyspnéiques. Ces enfants ne sont, en outre, capables d'aucun effort intellectuel, rien ne les intéresse. Elles ont le caractère facilement irritable et changeant. Généralement, elles sont regardées tout d'abord comme des anémiques, des chlorotiques, des neurasthéniques. Puis, fortuitement, à l'occasion d'un examen, le médecin découvre un foyer de craquements à l'un des sommets ; ou bien survient une expectoration, dans laquelle on met en évidence du bacille de Koch. Et l'énigme est tranchée. Rien n'est plus mal aisé, dans ce cas, il est facile de s'en rendre compte, que de dépister la tuberculose dès le début. C'est la règle habituelle en ce qui concerne la bacillose pulmonaire ulcéro-caséuse à évolution rapide, que nous étudions.

Signes physiques

Ce sont les mêmes que dans la tuberculose pulmonaire chronique. Le périmètre thoracique, est, comme d'ordinaire, le plus souvent inférieur à la moyenne. La percussion, l'auscultation fournissent les renseignements habituels, révélateurs des lésions à leurs différents stades de crudité, de ramollissement, et d'excavation : car les trois degrés anatomiques, décrits par Laennec, se rencontrent dans cette forme de tuberculose pulmonaire. Mais ce qui est caractéristique, c'est la rapidité avec laquelle ils se succèdent. Et à dire vrai, il est, alors, plus rare que jamais de suivre l'évolution de tubercules pris isolément.

En effet, qu'il s'agisse de début à allure grippale ou à allure typhoïque, les signes physiques notés ne permettent généralement pas de songer à l'existence possible d'une lésion tuberculeuse. Les râles de la bronchite ou de la congestion des bases concomittantes sont là qui voilent la réalité. Ils se surajoutent à ceux de la bacillose, et, si, par hasard, un foyer tuberculeux est soupçonné, ils empêchent de se faire la moindre idée de l'étendue, de la nature, et parfois même du siège exact des lésions, qui peuvent lui être rapportées. Il en est de même lorsque le mode de début est une scène pulmonaire aiguë d'apparence banale ; congestion pleuro-pulmonaire de Voillez, broncho-pneumonie, simple bronchite. Le plus souvent, ce n'est qu'après la disparition du syndrome initial, qu'il est permis de reconnaître la tuberculose. Mais on se trouve déjà en présence de lésions avancées, et on est parfois tout surpris de constater l'existence de foyers de ramollissement. La submatité, les légères modifications du murmure vésiculaire, des vibrations vocales, la respiration soufflante n'entrent plus en ligne de compte. Elles ont été remplacées par les craquements et la matité franche.

La fillette est-elle anémique, d'aspect chlorotique ? Vient-elle consulter, parce qu'elle maigrit ou se fatigue rapidement au plus petit effort ? La période de germination des tubercules, décrite par Grancher, dure tellement peu de temps, qu'elle est presque toujours dépassée, quand l'enfant commence à se plaindre. L'observe-t-on quelquefois ? L'on constate alors tous les signes précoces, qui la caractérisent, le simple affaiblissement du murmure vésiculaire, la respiration rude et saccadée, l'expiration prolongée. C'est là un fait rare. Plus fréquents sont les cas, où la fillette présente déjà des lésions avancées au premier examen. Tantôt il existe un foyer unique : tantôt les zones atteintes sont multiples. Il

est alors habituel de remarquer ici des signes de condensation, d'induration, là des signes de ramollissement. Les différents stades se chevauchent le plus souvent. C'est-là, à n'en pas douter, un indice que l'évolution est rapide. De plus, il est intéressant de noter que tous ces symptômes ne sont pas localisés qu'aux sommets. Chez la fillette, au contraire, les foyers tuberculeux se développent aussi bien au niveau du hile et des bases, parfois même au niveau de l'aisselle. C'est là une particularité importante à connaître, la transition, en quelque sorte, entre les tuberculoses apicales de l'adulte et les localisations aux bases de la première et de la seconde enfance. Au bout de peu de temps, les signes de condensations sont remplacés par des craquements, des râles humides. Le ramollissement se fait très vite, en un mois, deux mois, même chez des enfants en apparence de bonne santé.

Finalement toutes ces lésions évoluent rapidement vers l'ulcération. Il est normal de signaler l'apparition du bruit de pot fêlé, du souffle, des râles caverneux, du gargouillement, de la pectoriloquie aphone, quatre ou cinq mois seulement après le début de la maladie. Ce sont même parfois les premiers symptômes constatés chez des malades, qui viennent d'être hospitalisées à la suite d'une hémoptysie, et s'étaient considérées jusqu'alors bien portantes. Dans d'autres cas, ils sont immédiatement mis en évidence, dès que l'épanchement est résorbé, à la suite d'une pleurésie séro-fibrineuse. De toute façon, les spélonques ne tardent pas à s'étendre, à se réunir et à se multiplier : la fonte purulente est active, et, souvent à la période terminale de la maladie, on entend du gargouillement et du souffle caverneux dans presque toute la hauteur des poumons.

On le voit, chez les fillettes, la tuberculose pulmonaire à évolution rapide ne présente pas de périodes d'activité et de

repos lésionnels plus ou moins tranchées : toute la maladie n'est, en somme, qu'une longue poussée évolutive de bacilllose, un acheminement rapide vers son stade ultime : l'excavation, la caverne avec fonte purulente de ses parois.

Symptômes fonctionnels

Très variables sont les symptômes fonctionnels, que présentent les enfants atteints de tuberculose pulmonaire ulcéro-caséuse à évolution rapide. Aucun d'eux, cependant, n'est spécial à cette forme de bacilllose, et, n'a, en tout cas, rien de pathognomonique.

De fait, à l'origine, le mode de début les commande le plus souvent. La fillette entre-t-elle dans la tuberculose par un état grippal ou typhoïdique ? Ce sont alors des troubles nerveux, digestifs, qui dominent la scène. L'enfant se plaint de maux de tête, de douleurs de reins, de courbature générale. Depuis quelques jours, elle n'a plus du tout d'appétit, et ne s'alimente plus. Tantôt elle est constipée, tantôt elle a de la diarrhée. Tout nous annonce une maladie infectieuse générale.

Au contraire, s'agit-il d'un début par broncho-pneumonie, congestion ou pleurésie ? On observe des symptômes pulmonaires, qui ont une valeur séméiologique évidente, et prennent, de ce fait, une importance particulière. Le point de côté est souvent des plus violents, et s'exaspère par la pression. Sabourin signalait son siège fréquent au niveau d'une scissure interlobaire. Et nous avons eu l'occasion d'en recueillir l'explication chez Morgagni, par la constatation des lésions correspondantes. La dyspnée peut être intense et l'on compte parfois vingt-cinq à trente respirations par minute. A ce

moment, la toux est pénible, elle réveille le point de côté et fatigue considérablement la malade. Tantôt elle s'accompagne d'expectoration, tantôt celle-ci fait complètement défaut. Cela dépend du degré des lésions tuberculeuses sous-jacentes. On comprendra qu'il n'y ait pas lieu d'être surpris qu'un pleurétique, qui cache derrière son épanchement une bacillose cavitaire, rende de nombreux crachats nummulaires. Il ne faut d'ailleurs pas omettre l'examen bactériologique de toute expectoration, si minime soit-elle, puisque la constatation du bacille de Koch reste la seule qui autorise l'affirmation de la nature tuberculeuse de la maladie.

Quant à l'hémoptysie, à la lecture de nos observations, il est facile de voir qu'elle est parfois l'unique symptôme du début. Elle peut consister en de petits crachements de sang rouge vif, qui se répètent deux ou trois fois dans les vingt-quatre heures, et surviennent sans cause apparente. Ou bien, à l'occasion d'un effort, le matin en se levant, la fillette est prise de vertiges, d'étourdissement ; elle rend brusquement un léger flot de sang, alors qu'elle se croyait en excellente santé. En somme, leur variété caractérise essentiellement les symptômes fonctionnels que présentent les fillettes au début de la phtisie subaiguë.

La tuberculose confirmée, quelle que soit la manière dont elle a commencé, ce sont surtout, comme à l'ordinaire, des troubles digestifs et des symptômes pulmonaires que nous observons. Cependant, souvent, avant la cachexie terminale, l'enfant conserve longtemps un bon appétit ; elle digère bien et mange avec plaisir, mais peu à peu, les digestions deviennent pénibles. L'estomac, inaccoutumé à recevoir une nourriture abondante, se fatigue et bientôt refuse ses services. Fréquemment des vomissements s'observent les derniers mois. En même temps, apparaît une diarrhée séreuse, abon-

dante, qu'aucun médicament ne calme. La fillette à cinq ou six selles dans le nychtémère, et elle se déshydrate à vue d'œil.

Du point de vue pulmonaire, les violents symptômes du début s'atténuent d'abord à la période d'état. Habituellement le point de côté a disparu au bout de peu de jours. Un léger essoufflement, dont la malade, contrainte de rester couchée, ne s'aperçoit guère, remplace la dyspnée initiale. Il existe parfois une période où les symptômes fonctionnels pulmonaires sont très peu marqués. Mais bientôt les cavernes se sont constituées. La toux reparaît incessante, émétisante : elle devient le symptôme dominant et s'accompagne d'une abondante expectoration de gros crachats nummulaires. Puis dès que survient la cachexie tuberculeuse, nouvelle atténuation de tous ces phénomènes de défense. La fillette n'a plus la force d'expectorer. Le pus se collecte dans les géodes, qui se sont creusées aux dépens du parenchyme pulmonaire. La toux, si elle apparaît, est petite, faible, saccadée, traduisant l'adynamie et l'asthénie terminales. Une hémoptysie foudroyante met parfois fin au supplice de la malheureuse enfant. C'est un accident, qui nous a semblé rare à la période d'état de la tuberculose pulmonaire à évolution rapide chez la fillette, alors qu'il nous a paru assez fréquent au début et à la fin.

Des palpitations d'effort peuvent traduire l'irritabilité cardiaque. Parfois, on entend, au niveau de la pointe du cœur, un léger souffle d'anémie. La pression artérielle est habituellement basse. La tension maxima s'abaisse à 12, 13, la minima descend à 8, 7. Telles sont, quant aux symptômes fonctionnels, les particularités de la tuberculose subaiguë, que la lecture et l'étude de nombreuses observations nous ont paru mettre en évidence.

Symptômes généraux

L'amaigrissement et la fièvre, les plus importants sans contredit, font partie de la triade de Morton, qui comprend, en outre, un symptôme de localisation pulmonaire : la toux. Il convient de leur ajouter la perte des forces, l'anémie, les sueurs nocturnes. Et en général, lorsque la maladie débute de façon insidieuse, c'est pour l'un ou l'autre de ces troubles que les parents décident de conduire leur enfant à l'hôpital. Cependant il arrive quelquefois d'observer des jeunes filles qui jouissent pendant longtemps d'un parfait état général, alors qu'elles portent des lésions anatomiques avancées. Ce sont là des tuberculeuses d'aspect floride, qui se trouveront, un jour, brusquement arrêtées et évolueront ensuite, promptement, vers la cachexie. Mais elles sont plutôt l'exception.

Habituellement, en effet, la tuberculinisation de l'organisme donne lieu, dès le début, à des manifestations morbides d'ordre général très importantes. L'amaigrissement constitue l'un de ses facteurs précoces. Au lieu de peser 29 kilos de 11 à 12 ans, et 43 kilos de 14 à 15 ans, comme c'est normal, les fillettes que nous voyons, atteignent tout au plus 24 à 25 k. ou 35 à 36 suivant l'âge. Elles ont les membres minces, le thorax aplati. Leurs muscles sont mous, lâches, hypotoniques ; le tissu adipeux est absent et les saillies osseuses sont accentuées au niveau des omoplates et des clavicules. La maladie évoluant, la chute de poids se continue avec une rapidité déconcertante, malgré le régime de suralimentation. Il n'est pas rare qu'une enfant perde de 1 à 2 kilos en quinze jours. Parfois l'hospitalisation est suivie d'une reprise temporaire de poids, qui se continue un ou deux septénaires. Puis celle-ci marque un temps d'arrêt : la courbe accuse un plateau.

Et finalement, au bout d'un mois, quelquefois six semaines, la fillette a reperdu ce qu'elle avait gagné. Mais, d'ordinaire, le tracé des poids ne connaît pas ces oscillations, qu'il subit dans la tuberculose chronique de l'adulte, et qui sont en relation avec les poussées évolutives et les périodes de guérison relative. Il indique, au contraire, une décroissance régulière et rapide. Du reste, il ne fait que traduire la gravité de la maladie à laquelle l'enfant succombera infailliblement.

La perte des forces est le corollaire de l'amaigrissement. La phtisie galopante annihile très vite les fillettes qui en sont atteintes. Celles-ci sont obligées d'abandonner très tôt leurs occupations : au bout de peu de temps, le travail manuel leur devient impossible et tout effort intellectuel leur est pénible. De bonne heure, elles sont forcées de s'aliter. Tout ce bouleversement de leur vie ne va pas sans une anémie profonde. Ces enfants ont le teint pâle, les muqueuses décolorées, leurs mains sont blanches, transparentes, les doigts hippocratiques. Souvent des vertiges, des bourdonnements d'oreilles sont signalés. L'examen du sang montre une diminution notable des hématies. Comme conséquence des réactions humorales, la menstruation se trouve modifiée, si déjà elle était établie. Tantôt les règles deviennent simplement rares, peu abondantes, tantôt elles disparaissent totalement. Il y a de l'aménorrhée. C'est là, d'ailleurs, un symptôme d'un mauvais pronostic, lorsque la fillette était jusque-là parfaitement réglée.

Reste la fièvre, qui, en général, est d'emblée élevée, traduisant les réactions de défense d'un organisme encore sain, mais violemment attaqué dès le début. Elle revêt le plus souvent un type continu ou légèrement rémittent. Les périodes d'apyrexie relative, avec température subfébrile, sont rares dans la tuberculose pulmonaire à évolution rapide. Elles sont,

en tout cas, de courte durée. La température moyenne est tantôt vers 38 degrés tantôt vers 39 degrés. Elle subit des oscillations plus ou moins marquées. Le maximum est atteint, d'ordinaire, entre 6 heures et 9 heures du soir, le minimum s'observe entre 3 heures et 6 heures du matin, comme le montrent les courbes où la température est indiquée toutes les trois heures. Lorsque les cavernes sont constituées, l'écartement du maximum et du minimum devient plus considérable. Les variations de 2 à 3 degrés sont alors habituelles. Le thermomètre marque 37 degrés le matin, 39 ou 40 degrés le soir. C'est la fièvre hectique. Elle persiste quelquefois au moment de la cachexie terminale. Plus souvent à cette période ultime, l'organisme est impuissant à régler ses réactions, et la courbe thermique devient totalement irrégulière, faite tantôt d'apyrexie, tantôt d'hypothermie.

Les sueurs nocturnes manquent rarement. Souvent abondantes, elles sont ordinairement liées à la fièvre et annoncent la fin des accès. Parfois généralisées, parfois localisées à la tête ou aux épaules, elles affaiblissent les malades, qu'elles contribuent à déshydrater. Elles sont une cause fréquente de l'insomnie chez les fillettes tuberculeuses.

Terminaison. — Durée

Dans toutes les observations, que nous avons recueillies, l'issue a été fatale et la mort est survenue dans un délai inférieur à un an. De fait, le début de la maladie n'est jamais très lointain, du moment où la fillette est examinée pour la première fois. Tantôt les parents font remonter les premiers troubles à deux ou trois mois au plus. Tantôt l'enfant se plaint seulement depuis une quinzaine de jours. Le séjour à

l'hôpital est lui-même assez court. Le décès a lieu quelquefois quatre, quelquefois six mois après l'arrivée dans le service. De toute façon, en huit ou dix mois la tuberculose a fait son œuvre ; il nous semble que ce soit bien là une évolution rapide pour une maladie, dont les lésions mettent habituellement plusieurs années à se constituer et s'immobilisent parfois au point de faire croire à la guérison.

La mort survient par des mécanismes divers. Une hémoptysie, un pneumothorax en sont quelquefois la cause. Ou bien c'est une généralisation de l'affection par granulie, ou bien c'est une méningite qui emporte la fillette. Habituellement la mort arrive lentement du fait de la cachexie, et est annoncée par la laryngite, l'œdème des jambes, la diarrhée incoercible. Il n'y a là, en tout cas, rien de bien spécial à la tuberculose à évolution rapide.

Diagnostic

Rapidité, gravité de l'évolution, caractérisent donc certains cas de tuberculose ulcéro-caséeuse, évoluant chez les fillettes de 10 à 15 ans. Ils présentent, en outre, une autre particularité que nous avons déjà partiellement mise en relief : la difficulté très fréquente et très grande parfois d'établir le diagnostic.

Au début, nous l'avons vu, la tuberculose peut simuler toute une série d'états morbides les plus divers : maladie infectieuse générale, grippe, typhoïde, pneumopathie vulgaire, congestion pleuro-pulmonaire, broncho-pneumonie, bronchite aiguë, états asthémiques ou adynamiques variables, anémie, chlorose, même neurasthénie. Puis le syndrome initial s'atténue, s'efface totalement et laisse derrière lui, des

lésions de condensation, de ramollissement, dont on ne s'explique pas l'apparition. Ou bien, on se trouve subitement en présence de signes cavitaires, localisés soit au niveau du hile, soit au niveau d'une base. Un souffle hilaire intense peut alors prêter confusion avec une grosse adénopathie trachéo-bronchique. Mais le plus souvent l'existence de la caverne ne fait pas de doute. La radioscopie nous renseignerait d'ailleurs sur ce point. Reste à faire la preuve de la tuberculose. Là gît parfois toute la difficulté, puisque, dans certains cas, les signes cavitaires existent avec un état général satisfaisant sans symptômes fonctionnels, alors que, dans d'autres circonstances, malgré des symptômes fonctionnels et généraux graves, les examens des crachats restent négatifs presque jusqu'à l'apparition de la cachexie. Quels éléments peuvent donc faire songer à l'existence d'une tuberculose à évolution rapide chez une fillette ?

En premier lieu, son âge. C'est entre 10 et 15 ans, que se rencontrent particulièrement ces cas de tuberculose subaiguë ; au moment de la puberté, par conséquent. L'établissement des règles, la poussée de croissance, qui se font habituellement à cet âge, ne manquent pas de fatiguer les jeunes filles. Elles se trouvent de ce fait dans un état de moindre résistance, d'infériorité pour lutter contre l'infection par le bacille de Koch. A. Robin et Ferrier ont insisté sur le rôle considérable de la déminéralisation et de la décalcification de l'organisme, comme « cause efficiente de la prédisposition humorale à la rechute tuberculeuse. » (E. Sergent.) Or, tous ces phénomènes que nous envisageons, ne s'accompagnent-ils pas d'une certaine destruction des minéraux ? En tout cas, la fragilité de la fillette à cet âge est reconnue par tous. Les précautions, auxquelles l'astreignent habituellement, à ce moment, et son médecin, et ses parents, suffisent à en témoi-

gner. Malheureusement certaines conditions de vie agissent dans un sens contraire.

L'influence désastreuse de l'apprentissage ne peut être mise en doute. C'est là un second facteur de défaillance qui favorise l'apparition de la tuberculose à évolution rapide chez la fillette. A treize, quatorze ans, ces enfants, en effet, quittent la classe. Elles se trouvent du jour au lendemain mises en demeure de gagner leur vie et de suffire à leurs besoins. Elles deviennent couturières, blanchisseuses, demoiselles de magasins. Toutes leurs journées se passent dans des appartements mal aérés, dans des atmosphères viciées, surchauffées. Elles doivent fournir des efforts physiques, auxquels elles ne s'étaient jamais livrées. Ajoutons à cela que l'alimentation, qui conviendrait à ces fillettes, leur manque le plus souvent. Elles doivent habituellement se contenter de repas insuffisants et précipités dans des restaurants de quartier. Bref, il serait aisé de développer cette idée, que l'apprentissage ne peut être que funeste à la jeune fille de 15 ans, tout au moins dans les conditions ordinaires, où il est appliqué. A notre avis, cette coïncidence de l'entrée en apprentissage avec l'apparition des troubles, pour lesquels l'enfant vient à l'hôpital, constitue une présomption en faveur d'une bacillose rapide possible.

L'étude des antécédents héréditaires fournira plus de renseignements que celles des antécédents personnels. Ceux-ci sont presque toujours sans intérêt, si nous en jugeons d'après nos observations. Par contre, il est de toute nécessité de savoir si le père, la mère sont en bonne santé ; le plus souvent, ils n'ont pas été épargnés par le bacille de Koch. Aussi importante est l'enquête sur les frères et sœurs, sur toutes les personnes, qui constituent l'entourage immédiat de la fillette, grands parents, institutrices, domestiques. En somme, recher-

cher les causes de contagion, qui peuvent avoir favorisé la réinfection tuberculeuse, à cet âge de la puberté. Et généralement, elles ne manqueront pas. L'idée de la tuberculose se trouvera dès lors la plus vraisemblable. Elle sera, en outre, sanctionnée par la rapidité de la déchéance organique, dès l'instant où des symptômes fonctionnels ou généraux auront fait leur apparition.

D'ailleurs la marche de la maladie peut être rapide chez des enfants en apparence de bonne santé. La constatation de lésions de ramollissement au deuxième ou au troisième examen chez des fillettes, vues pour la première fois quelques semaines auparavant, et chez qui on n'avait mis en évidence aucun symptôme d'induration en témoigne surabondamment. On pourrait en dire autant des cavernes, découvertes après la disparition d'un épanchement. Si elles n'étaient pas de date relativement récente, comment expliquer qu'elles n'aient pas été déjà diagnostiquées et qu'elles aient jusqu'alors évolué sans causer de troubles fonctionnels. Mais, bientôt, la toux, l'amaigrissement, la fièvre sont très intenses. Tous ces symptômes s'aggravent très vite et, en quelques mois, la cachexie s'installe. Cette rapidité de l'évolution est une présomption de plus en faveur de sa nature tuberculeuse. Il reste à en faire la preuve.

Nous n'insisterons pas sur la nécessité des examens répétés des crachats après homogénéisation, selon la technique de Bezançon et Philibert. Chacun sait, que l'on ne peut affirmer la tuberculose sans avoir constaté la présence du bacille de Koch. La radioscopie sera évidemment employée. La cuti-réaction à la tuberculine est presque toujours négative, et confirme la gravité du pronostic, le diagnostic établi. En tout état de cause, il peut être indiqué de recourir à l'inoculation des crachats au cobaye.



CONCLUSION

La tuberculose pulmonaire ulcéro-caséreuse, dans certains cas, présente une évolution particulièrement rapide et grave chez les fillettes de 10 à 15 ans. Il nous semble alors, qu'elle soit caractérisée :

1° Par son apparition chez des fillettes, jusque-là indemnes de toute atteinte tuberculeuse manifeste, mais qu'un ensemble de circonstances assez défini (établissement des règles, poussée de croissance, entrée en apprentissage) rend subitement plus vulnérables par le bacille de Koch.

2° Par son mode de début, qui peut simuler une maladie infectieuse générale, une pneumopathie vulgaire, l'anémie, la chlorose.

3° Par ce fait que les lésions diffuses du début aboutissent rapidement à l'ulcération, à la caverne.

4° Par la variété des symptômes fonctionnels.

5° Par la gravité et la prédominance des troubles généraux, amaigrissement, fièvre en particulier.

L'évolution est rapide puisque la maladie dure moins d'un an ; elle est grave puisque l'issue est toujours fatale. On pour-

rait ajouter qu'elle est continue, puisqu'elle n'est jamais interrompue simultanément par un arrêt dans l'extension des lésions et une disparition complète des troubles fonctionnels et généraux.

Le Président de la thèse,
BEZANÇON

Vu
Le Doyen :
ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris,
APPELL

Imp. de la Faculté de Médecine, 15, rue Racine, Paris. — 5335-22



